

MANUAL DE REEMBOLSO

1. CONCEITO

Reembolso é uma expressão utilizada, na saúde suplementar, para se qualificar o ato da Operadora de Saúde realizar contraprestação ao beneficiário quando este realiza o dispêndio financeiro para custeio de atos que, por obrigação regulatória, deveriam ser custeados pela Operadora de Saúde.

2. CRITÉRIOS

Para que o reembolso seja devido pela Operadora de Saúde ao beneficiário, há que se observar os critérios legais, regulatórios e contratuais, sendo:

- a) informar previamente a Operadora de Saúde da ausência ou indisponibilidade de rede credenciada para o atendimento pretendido;
- b) o atendimento pretendido deve ter previsibilidade no rol taxativo de eventos em saúde da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.
- c) prazo para garantia do atendimento não ser possível de ser alcançado pela Operadora de Saúde.

2.1. PRAZOS PARA GARANTIA DO ATENDIMENTO

Quando o beneficiário contatar a Operadora de Saúde requerendo atendimento com previsibilidade no rol de eventos em saúde da ANS, face a ausência ou indisponibilidade na rede credenciada, a Operadora de Saúde deverá acatar a solicitação e providenciar a garantia de atendimento nos prazos determinados pela ANS, conforme a seguir:

Serviços	Prazos máximos de atendimento (em dias úteis)
Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia	07 (sete)
Consulta nas demais especialidades	14 (catorze)
Consulta/ sessão com fonoaudiólogo	10 (dez)
Consulta/ sessão com nutricionista	10 (dez)
Consulta/ sessão com psicólogo	10 (dez)
Consulta/ sessão com terapeuta ocupacional	10 (dez)
Consulta/ sessão com fisioterapeuta	10 (dez)
Consulta e procedimentos realizados em consultório/ clínica com cirurgião-dentista	07 (sete)
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	03 (três)
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10 (dez)
Procedimentos de alta complexidade (PAC)	21 (vinte e um)
Atendimento em regime de hospital-dia	10 (dez)
Atendimento em regime de internação eletiva	21 (vinte e um)

Disponível em: <https://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/prazos-maximos-de-atendimento>

3. RAZÕES DA NECESSIDADE DE INFORMAÇÃO PRÉVIA

É indispensável que o beneficiário informe a Operadora de Saúde que na sua rede de credenciados não se encontra disponível o atendimento necessário, quer seja pela ausência do prestador ou pela sua indisponibilidade de atendimento no prazo determinado pela ANS, porque o reembolso é exceção a regra, e deverá ser oportunizado à Operadora de Saúde as seguintes soluções:

- custear o procedimento sem necessidade de o beneficiário desembolsar qualquer valor, uma vez que, poderá haver circunstância em que o valor é sobremaneira elevado, causando impacto financeiro ao beneficiário;
- negociar de forma prévia com o prestador que irá realizar o atendimento, buscando preço e condições que lhe subsidiem a negociação de forma satisfatória;
- equalizar a rede de atendimento, posto que o prestador pode ter deixado de prestar o atendimento sem cientificar a Operadora, sendo certo que, ao ter ciência da ausência de profissional/prestador para realizar o atendimento nessa localidade, tomará as devidas providências para recompor sua rede de atendimento;

- d) empregar qualquer outro meio acessível para realização do atendimento, inclusive o deslocamento do beneficiário às expensas da Operadora, que implique na diminuição do custo para si, oportunizando a melhor administração e emprego dos seus recursos.

ATENÇÃO: Quando o beneficiário comunicar a Operadora referente a ausência ou indisponibilidade de rede, deverá ter consigo, para comprovação, o número do protocolo do canal de atendimento por onde realizar o contrato.

4. NORMATIVAS VINCULADAS

Nos termos da Resolução Normativa nº 259 da ANS, que dispõe sobre a garantia de atendimento aos beneficiários de plano privado de assistência à saúde, é destacado nos artigos 4º e 5º o procedimento a ser adotado pela Operadora em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador credenciado:

Art. 4º Na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o atendimento em:

I - prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município; ou

II - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este.

§ 1º No caso de atendimento por prestador não integrante da rede assistencial, o pagamento do serviço ou procedimento será realizado pela operadora ao prestador do serviço ou do procedimento, mediante acordo entre as partes.

§ 2º Na indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede assistencial no mesmo município ou nos municípios limítrofes a este, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido

atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados no art. 3º.

§ 3º O disposto no caput e nos §§ 1º e 2º se aplica ao serviço de urgência e emergência, sem necessidade de autorização prévia, respeitando as Resoluções CONSU nº 8 e 13, ambas de 3 de novembro de 1998, ou os normativos que vierem a substituí-las.

Art. 5º Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir atendimento em:

I - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este; ou

II - prestador integrante ou não da rede assistencial na região de saúde à qual faz parte o município.

§1º Na inexistência de prestadores nas hipóteses listadas nos incisos I e II deste artigo, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados no art. 3º.

§ 2º Nas hipóteses listadas nos incisos I e II deste artigo, a operadora estará desobrigada a garantir o transporte.

Da leitura dos dispositivos acima é possível depreender que, face a indisponibilidade ou inexistência de profissional credenciado à rede assistencial a Operadora deverá garantir o atendimento, o que implica concluir que, quando o beneficiário não encontrar o atendimento/profissional desejado, deverá cientificar a Operadora, para que esta garanta o devido atendimento.

Os preceitos normativos nos demonstram que o beneficiário não possui a liberalidade de procurar diretamente por profissional no mercado, pagar pelo procedimento e pretender

o reembolso, sem que antes a Operadora tenha ciência de que o beneficiário necessita do referido atendimento, ainda mais quando elegeu profissional particular por mera comodidade e preferência.

Antes de o beneficiário procurar e contratar profissional especializado que não seja parte da rede de atendimento do plano, deverá primeiro cientificar a Operadora, para que esta indique qual será o profissional/prestador que deverá ser responsável pelo atendimento no município ou limítrofes à este, ou, em caráter de exceção, autorize o atendimento particular mediante apresentação de recibo/nota fiscal e demais documentos pertinentes.

5. IMPOSSIBILIDADE DE LIVRE ESCOLHA PELO BENEFICIÁRIO

Quando o beneficiário identifica a ausência ou indisponibilidade de rede de atendimento deve comunicar a Operadora para que esta providencie o atendimento necessário, nos termos do que preconiza o rol de eventos em saúde da ANS.

Ao beneficiário não está autorizada a opção de procurar a rede de atendimento de sua livre escolha, com garantia do reembolso, pelos seguintes fatores:

- a) **REEMBOLSO É EXCEÇÃO À REGRA** – o reembolso é opção excepcional para a ausência ou indisponibilidade de rede de atendimento, e somente é devido se autorizado expressamente pela Operadora de forma prévia, antecedendo-se a informação acerca da necessidade do atendimento não disponível;
- b) **CONDIÇÕES DE NEGOCIAÇÃO COM A REDE PRESTADORA** – quando a Operadora faz negociações com sua rede de atendimento, é considerada a massa de clientes na carteira para estabelecimento da precificação dos serviços contratados junto aos prestadores, diante disso, o reembolso ao cliente somente é opção válida e devida, respeitando-se as premissas de negociações junto aos prestadores credenciados, se a Operadora realmente não possui rede disponível para o atendimento pretendido, o que se afere somente se houver a prévia informação pelo beneficiário, da ausência ou indisponibilidade de rede;

6. PRAZO PARA SOLICITAÇÃO REEMBOLSO

Havendo autorização pela Operadora para o beneficiário buscar livremente o atendimento pretendido, estando assim previamente garantido o reembolso pela Operadora, o prazo para solicitação do reembolso é o que consta do Contrato, quando não houver previsão contratual, o limite para solicitação é de 12 meses da data do evento, conforme artigo 206, inciso II, alínea B do Código Civil Brasileiro.

Por sua vez o prazo para pagamento pela Operadora é de 30 dias, conforme normatização da ANS, desde que o pedido esteja munido de todos os documentos indispensáveis à análise do pedido de reembolso.

7. PAGAMENTO DA COPARTICIPAÇÃO EM CASO DE REEMBOLSO

Os planos de saúde que possuem previsão contratual de coparticipação, tem a sua incidência nos eventos previstos em contrato. Ou seja, é permitido que a Operadora de Saúde cobre a coparticipação pelo atendimento, conforme previsão contratual.

Desta forma, quando houver um pedido de reembolso por parte do beneficiário, em se tratando de atendimento previsto contratualmente como passível de coparticipação, haverá incidência da coparticipação nos termos do que prevê o contrato junto ao beneficiário.

8. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA REEMBOLSO

CONSULTA MÉDICA

- a. Nota Fiscal e/ou Recibo original; (Carimbo, assinatura e CPF do médico que prestou o atendimento; especialidade consultada; nome do paciente atendido.)
- b. Autorização da Operadora para busca de atendimento em face de ausência ou indisponibilidade de rede de atendimento;

OBS: Unimed Cuiabá não realiza cópia dos documentos, se o beneficiário desejar ter para si cópia do documento original que está disponibilizando deverá obtê-lo antes da entrega.

CONSULTA E TRATAMENTOS SERIADOS (PSICÓLOGO / FONOAUDIÓLOGO / NUTRICIONISTA / TERAPÊUTA OCUPACIONAL FISIOTERAPIA, PSICOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA, ETC)

- a. Nota Fiscal e/ou Recibo original; (Carimbo, assinatura e CPF do profissional que prestou o atendimento; nome do paciente atendido.)
- b. Encaminhamento médico com a indicação clínica para o atendimento com o referido profissional;
- c. Pedido médico com indicação clínica, número de sessões a ser realizadas;
- d. Relatório de frequência com data do atendimento, assinatura do paciente ou responsável e assinatura do profissional;
- e. Relatório de evolução pelo profissional que presta o atendimento;
- f. Autorização da Operadora para busca de atendimento em face de ausência ou indisponibilidade de rede de atendimento;

OBS: Unimed Cuiabá não realiza cópia dos documentos, se o beneficiário desejar ter para si cópia do documento original que está disponibilizando deverá obtê-lo antes da entrega.

EXAMES SIMPLES (EXAMES LABORATORIAIS, RX, ECOGRAFIAS)

- a. Nota Fiscal original; (Discriminação dos procedimentos realizados, com o indicativo das quantidades e valores individuais; nome do paciente atendido.)
- b. Solicitação médica com indicação clínica para o procedimento;
- c. Autorização da Operadora para busca de atendimento em face de ausência ou indisponibilidade de rede de atendimento;

OBS: Unimed Cuiabá não realiza cópia dos documentos, se o beneficiário desejar ter para si cópia do documento original que está disponibilizando deverá obtê-lo antes da entrega.

EXAMES ESPECIALIZADOS (TOMOGRAFIAS, RESSONÂNCIAS, CINTILOGRAFIAS, UROGRAFIA E DENSITOMETRIA ÓSSEA)

- a. Nota Fiscal original; (Discriminação dos procedimentos realizados, com o indicativo das quantidades e valores individuais; nome do paciente atendido)
- b. Relatório médico com justificativa clínica para a realização do procedimento;
- c. Autorização da Operadora para busca de atendimento em face de ausência ou indisponibilidade de rede de atendimento;

OBS: Unimed Cuiabá não realiza cópia dos documentos, se o beneficiário desejar ter para si cópia do documento original que está disponibilizando deverá obtê-lo antes da entrega.

ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO

- a. Nota Fiscal original; (Discriminação dos procedimentos realizados; nome do paciente atendido.)
- b. Relatório médico da ocorrência;
- c. Conta Analítica – Discriminação de quantidade e valores de taxas, materiais e medicamentos;
- d. Autorização da Operadora para busca de atendimento em face de ausência ou indisponibilidade de rede de atendimento;

OBS: Unimed Cuiabá não realiza cópia dos documentos, se o beneficiário desejar ter para si cópia do documento original que está disponibilizando deverá obtê-lo antes da entrega.

INTERNAÇÕES CLÍNICAS, CIRÚRGICAS E UTI

- a. Nota Fiscal original; (Informando o nome do paciente atendido)
- b. Relatório médico detalhado da ocorrência;
- c. Nome e código do procedimento realizado;
- d. Cópia do Boletim Anestésico;

- e. Cópia do Descritivo Cirúrgico;
- f. Solicitação médica dos exames realizados com a indicação clínica;
- g. Conta Analítica – Discriminação de quantidade e valores de taxas, materiais e medicamentos;
- h. Pedido médico da internação/procedimento;
- i. Contrato de prestação de serviços hospitalares;
- j. Relatório da evolução em casos de internações continuadas (internações psiquiátricas e crônicas);
- k. Autorização da Operadora para busca de atendimento em face de ausência ou indisponibilidade de rede de atendimento;

OBS: Unimed Cuiabá não realiza cópia dos documentos, se o beneficiário desejar ter para si cópia do documento original que está disponibilizando deverá obtê-lo antes da entrega.

HONORÁRIOS MÉDICOS (CIRURGIÃO / AUXILIAR / ANESTESISTA, VISITA MÉDICA)

- a. Nota Fiscal e/ou Recibo original; (Carimbo, assinatura e CPF do médico que prestou o atendimento)
- b. Relatório médico;
- c. Códigos dos procedimentos realizados;
- d. Cópia do Boletim anestésico;
- e. Cópia do Descritivo Cirúrgico;
- f. Pedido médico;
- g. Autorização da Operadora para busca de atendimento em face de ausência ou indisponibilidade de rede de atendimento;

OBS: Unimed Cuiabá não realiza cópia dos documentos, se o beneficiário desejar ter para si cópia do documento original que está disponibilizando deverá obtê-lo antes da entrega.

8.1. CRITÉRIOS PARA EXCLUSÃO DE REEMBOLSO

- a. Solicitação de reembolso para procedimentos com existência de rede credenciada; contato prévio com a Operadora;
- b. Solicitação de reembolso sem qualquer contato prévio com a Operadora relatando ausência ou indisponibilidade de rede de atendimento;
- c. Procedimentos: i) sem cobertura contratual; ii) que não faça parte do Rol de eventos em saúde da ANS; iii) que não atenda os critérios da DUT (Diretrizes de utilização) da ANS, para os procedimentos que possuem essa restrição;
- d. Inexistência de comprovação de contato prévio com a Operadora, através do N° de protocolo de atendimento do beneficiário junto a Unimed Cuiabá;
- e. Procedimentos realizados em hospitais de Tabela Própria - Alto Custo;
- f. Procedimentos em carência contratual na data do atendimento;
- g. Diferença de valor para troca de acomodação superior ao contratado junto a Operadora;
- h. Documentação incompleta, ilegível ou rasurada (ver lista de documentos necessários de acordo com o tipo de atendimento);
- i. Solicitação de reembolso protocolizada com mais de 12 meses da data do atendimento;
- j. Despesas não vinculadas ao evento que originou o atendimento ao beneficiário.

UNIMED CUIABÁ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO